Annexe 2 à la convention cadre de mise à disposition de personnel dans le cadre du service intérim territorial

DÉCLARATION D'ACCIDENT DE TRAVAIL

Fiche de renseignements pour l'enquête

Agent contractuel mis à disposition d'une collectivité / d'un établissement dans le cadre d'une mission intérim

Cette fiche est à compléter par le chef de service de la collectivité accueillant l'agent dans le cadre de la mission intérim, à partir de la déclaration de l'agent.

Collectivité :

Numéro de SIRET :
Adresse :
Service d'affectation de l'agent :
Contact dans la collectivité / l'établissement *(Nom Prénom)* :
Téléphone :
E-mail :

Informations sur la victime :

Nom : Prénom :
N° de SS : Date de naissance :
Sexe : ☐ F ☐ M
Latéralité de l'agent : ☐ Droitier ☐ Gaucher

Adresse :
Complément :
Code postal : Ville :

Emploi occupé :
Catégorie de l'emploi occupé : ☐ A ☐ B ☐ C

L'accident a-t-il entrainé un arrêt de travail ? ☐ Oui ☐ Non
Si oui, du : au :

Informations sur l'accident :

Date de l'accident :
Heure de survenance de l'accident :

Horaire de travail le jour de l'accident :

Lieu de l'accident :

Type : ☐ Accident de service/travail *(déplacement pendant le travail inclus)*
☐ Accident de trajet *(domicile – lieu de travail)*

S'il s'agit d'un accident de trajet, est-il intervenu sur le trajet habituel ? ☐ Oui ☐ Non
☐ Trajet aller ☐ Trajet retour ☐ Pause méridienne

Le sinistre a-t-il été causé par un tiers ? ☐ Oui ☐ Non

L'accident a-t-il fait d'autres victimes ? ☐ Oui ☐ Non
L'accident a-t-il entraîné un décès ? ☐ Oui ☐ Non

Inscription au registre d'infirmerie : ☐ Oui ☐ Non
Le : Sous le numéro :

Accident déclaré le : à *(personne destinataire de la déclaration)* :

Description précise de l'accident :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Observations éventuelles de la hiérarchie :

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Descriptif de l'accident :

Avant l'accident

Activité lors de l'accident *(Cf. tableau « Activités lors de l'accident » en page 7)* : _____

Sur quelle tâche, plus précisément, travaillait l'agent accidenté ? _____
_____
_____

Cette tâche était-elle ?
☐ Nouvelle pour l'agent ☐ Habituelle pour l'agent ☐ Imprévue ☐ Urgente

Que faisait l'agent juste avant l'accident et quelles machines, matériel ou équipements utilisait-il ?
_____
_____

La tâche était-elle réalisée par l'agent ?
☐ Seul ☐ Seul mais en présence d'autres agents ou entreprises ☐ Au sein d'une équipe de travail

Pendant l'accident

Elément matériel *(Cf. tableau « Elément matériel » en page 7)* : _____

Protection : ☐ Mise ☐ Hors service ☐ Enlevée ☐ Sans influence

Lieu précis de l'accident : ☐ En intérieur ☐ En extérieur

Ambiance physique :
☐ Pluie ☐ Poussière ☐ Chaleur ☐ Verglas ☐ Bruit ☐ Brouillard
☐ Neige ☐ Froid ☐ Vent ☐ Vibration ☐ Fumée
☐ Autre *(à préciser)* : _____

Après l'accident

L'agent a-t-il été hospitalisé ? ☐ Oui ☐ Non

L'agent a-t-il bénéficié des premiers soins ? ☐ Oui ☐ Non

Type de matériel en cause :

Etat du matériel en cause :
☐ Usé ☐ Mal conçu ☐ Mal entretenu ☐ Mal adapté ☐ Sans objet

Matériel mobile : ☐ Container ☐ Chariot ☐ Remorque ☐ Autre : _____

Machine : ☐ Electrique portative ☐ Thermique portative ☐ Sans influence
☐ Electrique autoportée *(auto-laveuse, aspirateur…)*

Autre matériel : ☐ Bac, caisse, récipient ☐ Sac ☐ Outillage
☐ Matelas ☐ Jeu, jouet ☐ Plateau
☐ Autre : _____

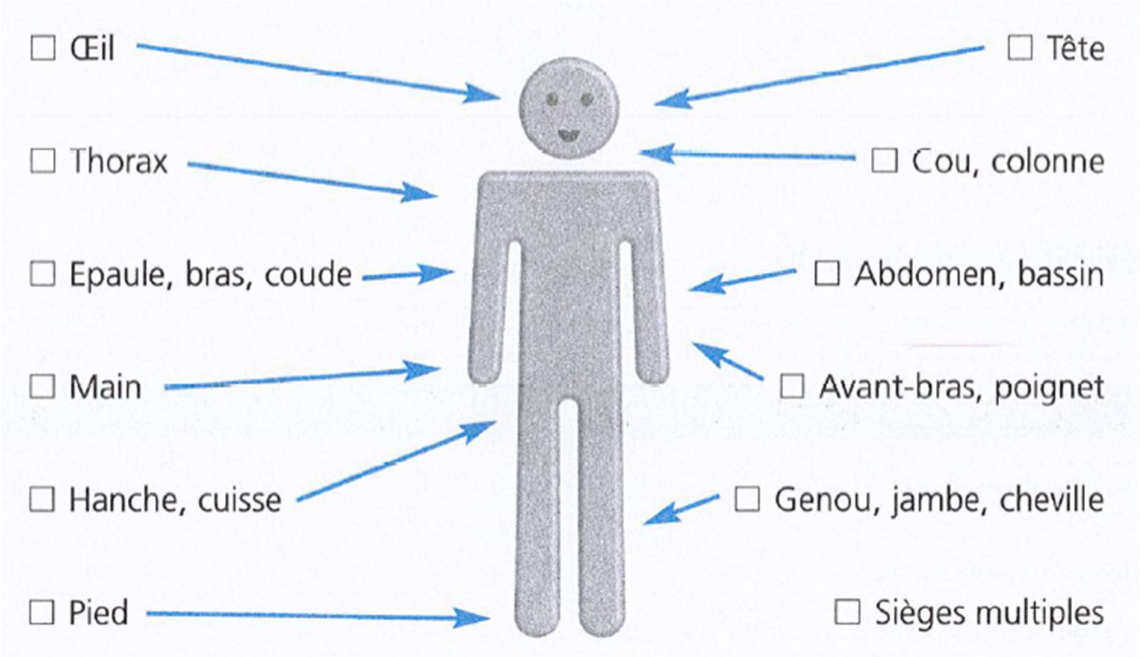
Mobilier : ☐ Bureau, table ☐ Armoire, meuble ☐ Siège/ tabouret
☐ Etagère, casier ☐ Self ☐ Autre : _____

Bâtiment : ☐ Plein pied ☐ Escalier ☐ Sol encombré ☐ Dénivelé

Atteinte physique :

Latéralité des lésions : ☐ Gauche ☐ Droite

Siège des lésions *(ne cocher qu'une seule case)* :



Nature des lésions *(ne cocher qu'une seule case)* :

☐ Contusion, hématome ☐ Fracture, fêlure ☐ Brûlure, gelure, électrocution
☐ Plaie, piqure ☐ Hernie ☐ Ecrasement, amputation
☐ Entorse, luxation et lumbago ☐ Lésion nerveuse ☐ Intoxication, asphyxie, noyade
☐ Déchirure, douleur musculaire ☐ Corps étranger *(éclat, sang…)* ☐ Polytraumatisme
☐ Inflammation, dermite ☐ Blessure interne ☐ Malaise (cardiaque…)
☐ Trouble psychologique ☐ Autres natures de lésions : _____

En cas de témoin *(celui qui a vu)* :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :

Agent de la collectivité : ☐ oui ☐ non
Statut : ☐ Titulaire ☐ Contractuel ☐ Autre *(précisez)* :

Témoignage :

_____
_____
_____
_____
_____

Date et signature du témoin :

En cas de tiers :

Nom : Prénom :
Adresse :
Code postal : Ville :
Société d'assurance du tiers :
Adresse :
Code postal : Ville :

Un rapport de police a-t-il été établi ? ☐ Oui ☐ Non

S'agit-il d'un agent de la collectivité ? ☐ Oui ☐ Non
Statut : ☐ Titulaire ☐ Contractuel ☐ Autre *(précisez)* :

Date et signature du tiers :

Mesures de prévention :

Prévention existante :

_____
_____
_____

Consignes de sécurité *(affichées, connues, mises en œuvre)* : ☐ Oui ☐ Non

Formations : ☐ Oui ☐ Non

Equipements de protections :
L'agent portait-il les équipements de protection ? ☐ Oui ☐ Non

Individuelles (EPI) :
☐ Dotées et portées
☐ Dotées et non portées
☐ Non dotées

Collectives (EPC) :
☐ Dotées
☐ Non dotées

☐ Non concerné

☐ Propose l'imputabilité au service
☐ Emet des réserves sur l'imputabilité pour les motifs suivants :
_____
_____
_____

Date et signature de l'agent[1] :

Date et signature du chef de service :

Date et signature de l'autorité territoriale :

Cette déclaration conditionne la délivrance des volets médicaux pour la prise en charge des frais médicaux.

A transmettre impérativement et dans les plus brefs délais par mail au service intérim territorial.

Centre de gestion de Seine-et-Marne
Fonction Publique Territoriale

Codification des accidents

[1] *Si l'agent est dans l'incapacité de remplir ce formulaire (ex : hospitalisation), il doit transmettre impérativement au service intérim territorial, et dans les plus brefs délais, une déclaration manuscrite.*

ACTIVITÉ LORS DE L'ACCIDENT	
1	Travail administratif
2	Formation
3	Accueil, surveillance, contrôle, activité scolaire et périscolaire
4	Restauration collective
5	Nettoyage des locaux
6	Maintenance des locaux
7	Maintenance et réparation du matériel
8	Entretien des espaces verts et de l'environnement
9	Chantier de bâtiment
10	Travail sur la voirie
11	Circulation et transport
12	Transport, lavage et stockage du linge
13	Collecte et traitement des ordures ménagères et déchets
14	Traitement des eaux, réseau d'assainissement
15	Intervention à domicile
16	Incendie, secours et autre intervention
17	Entretien physique et sportif
18	Activité funéraire
19	Acte de soin, thérapeutique et diagnostique
20	Rééducation et kinésithérapie
21	Hygiène du malade
22	Mobilisation et transfert d'un individu
23	Préparation de substances chimiques et/ou toxiques
24	Tâche de laboratoire

ÉLÉMENT MATÉRIEL	
A	Chute ou glissade de plain-pied ou avec faible dénivellation
B	Chute de hauteur
C	Effort de soulèvement, faux mouvement, manutention de charge
D	Effort de soulèvement, manutention de charge
E	Outil à main, machine, appareil
F	Objet, masse en mouvement
G	Instruments coupants, piquants ou tranchants souillés
H	Instruments coupants, piquants ou tranchants non souillés
I	Produits toxiques, nocifs ou irritants
J	Objet ou masse en mouvement
K	Projection de matières
L	Agression animale
M	Agression, morsure, violence
N	Produit ou appareil chaud ou froid
O	Rayonnements, radiations
P	Gaz ou liquide ou vapeur sous pression
Q	Phénomène thermique, incendie, explosion
R	Electricité
S	Véhicule ou engin en mouvement
T	Effort intense
U	Exposition au sang et liquides physiologiques
V	Pas d'élément matériel
W	Autres